

**Maison Relais Munneref**  
3, av. des Villes Jumelées  
L-5612 Mondorf-les-Bains

+ 352 23 60 55 - 780  
direction.rmon@elisabeth.lu  
**rmon.elisabeth.lu**

## **Demande de délégation d'un acte d'aide**

Distribution de médicaments

*Formulaire SEA-12*

*Pour chaque ordonnance médicale veuillez introduire une nouvelle fiche « Demande de délégation d'un acte d'aide »*

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
Prénom et Nom du représentant légal de l'enfant

demande pour mon enfant \_\_\_\_\_  
Prénom et Nom de l'enfant matricule de l'enfant

sur prescription médicale du Médecin Dr. \_\_\_\_\_  
Nom du médecin

<b>Médicament 1 :</b>	
L'administration du médicament _____ <small style="text-align: center;">nom du médicament</small>	
<input type="checkbox"/> Mon enfant suit un traitement médical <b>temporaire</b> . <input type="checkbox"/> Mon enfant suit un traitement médical de manière <b>régulière</b> . <input type="checkbox"/> Mon enfant se trouve en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou <b>Projet d'Accueil Individualisé</b> ).	
Suivant l'ordonnance médicale <b>pour cette maladie</b> , le médicament est à administrer suivant la posologie suivante :	à partir du ____/____/____ (date) et jusqu'au ____/____/____ (date).  _____ fois par jour , aux heures suivantes : ____/____/____ (hres) Le médicament est à conserver au réfrigérateur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.
<b>Remarques</b>	
<b>Anmerkungen</b>	

## Médicament 2 :

L'administration du médicament \_\_\_\_\_  
nom du médicament

- Mon enfant suit un traitement médical **temporaire**.  
 Mon enfant suit un traitement médical de manière **régulière**.  
 Mon enfant se trouve en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou **Projet d'Accueil Individualisé**).

Suivant l'ordonnance médicale **pour cette maladie**, le médicament est à administrer suivant la posologie suivante :

à partir du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (date)

et jusqu'au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (date).

\_\_\_\_\_ fois par jour ,

aux heures suivantes : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (hres)

Le médicament est à conserver au réfrigérateur  oui  non.

## Remarques

Anmerkungen

## Autorisation:

Erlaubnis

Par la présente je donne délégation d'acte d'aide au personnel du Service d'éducation et d'accueil (SEA) en charge de la garde de mon enfant, afin qu'il puisse administrer à mon enfant le(s) médicament(s) décrit(s) ci-avant.

Je certifie par la présente que le médicament a été prescrit par le médecin traitant pour la maladie actuelle en cours de mon enfant.

J'ai connaissance qu'il est de ma responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé de mon enfant et d'informer immédiatement par écrit le SEA de tout changement important concernant l'administration de ces médicaments à mon enfant.

Cette autorisation expire le jour de la fin de la prescription médicale et au plus tard le 14.09 de l'année scolaire en cours.

Lieu:  
Ort:

Date:  
Datum

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal  
Unterschrift der erziehungsberechtigten  
Person

- !! Joindre obligatoirement :** - l'ordonnance médicale en question !!  
- la notice du médicament  
- le doseur (cuillère, etc) du médicament